

Fondo di previdenza generale

Istruzioni per la domanda di indennità di maternità, adozione, affidamento e aborto

1. Chi può richiedere l'indennità di maternità, adozione, affidamento, aborto?

Le dottoresse che:

- esercitano la libera professione;
- sono titolari di un rapporto di convenzione e/o accreditamento con il Servizio sanitario nazionale (anche a tempo determinato o di sostituzione);
- lavorano come specialiste ambulatoriali;
- sono tirocinanti del Corso di formazione in medicina generale.

Il diritto all'indennità spetta anche – a determinate condizioni – ai padri adottivi o affidatari.

L'iscrizione alla Quota A del Fondo di previdenza generale dà diritto all'indennità **anche se l'iscritta non ha redditi professionali**.

Non hanno diritto all'indennità dell'Enpam le dipendenti e le specializzande (per il periodo retribuito dalle università).

Indennità di aborto

L'indennità spetta alle professioniste nei casi di aborto spontaneo o volontario dal terzo mese di gravidanza.

Attenzione: se il rapporto di lavoro, che dà diritto alla prestazione, cambia durante il periodo coperto dall'indennità (ad esempio si inizia o si passa a rapporto di lavoro dipendente, ecc), si deve tempestivamente informare l'Enpam.

2. Quando si presenta la domanda?

Nascita di un figlio

La richiesta di indennità va presentata a partire dal compimento del sesto mese di gravidanza e non oltre **180 giorni** dalla data del parto.

Adozione o affidamento

La domanda deve essere presentata **entro 180 giorni** dall'ingresso del minore in famiglia.

Aborto

La richiesta di indennità va presentata **entro 180 giorni** dall'interruzione di gravidanza.

3. Come si presenta la domanda?

Il modulo va inviato per **posta** a: Fondazione Enpam
Servizio Prestazioni Fondo Generale
P.zza Vittorio Emanuele II, n° 78 – 00185 Roma

È necessario allegare la **fotocopia** del **documento di identità**.

In alternativa il modulo si può inviare per **fax** al numero: 06/48294.658 (in questo caso però gli eventuali certificati medici o la copia autenticata del provvedimento di adozione o di affidamento vanno comunque inviati per posta)

Documenti da allegare

Alla richiesta (maternità/aborto/ affidamento/adozione) è necessario allegare i seguenti documenti:

- una copia della dichiarazione dei redditi prodotti nel secondo anno che precede quello dell'evento, completa di ogni quadro utilizzato;
- una copia delle certificazioni che sono state rilasciate da tutti i sostituti d'imposta e che attestano le ritenute fiscali applicate. Per i redditi eventualmente dichiarati nei quadri RC e/o RL è necessario indicare la natura dell'attività svolta e, se si tratta di lavoro dipendente, l'eventuale data di cessazione del rapporto.

Per l'indennità di maternità:

- **certificato medico (solo in originale)** rilasciato dal 181° giorno di gravidanza. Il certificato deve attestare la data di inizio di gestazione e la data presunta del parto. Attenzione: se la domanda viene presentata dopo il parto (ma non oltre il 180° giorno dalla data del parto) è necessario certificare sul modulo di domanda la data di nascita del bambino.

Per l'indennità di adozione o affidamento:

- **copia autenticata** del provvedimento di adozione o di affidamento, valido nel territorio dello Stato italiano, da cui risulti anche la data di nascita del/la minore;
- autocertificazione del coniuge che deve dichiarare di non avere diritto a un'indennità analoga, oppure, nel caso invece ne abbia diritto, deve indicare il periodo coperto dall'indennità pagata in suo favore.

Indennità di aborto:

- **certificato medico (solo in originale)** rilasciato dalla Asl o da enti, istituti e case di cura di cui all'art. 8 della legge n. 194/1978 che hanno fornito le prestazioni sanitarie. Il certificato deve attestare la data di inizio della gravidanza e il giorno nel quale si è verificata l'interruzione di gravidanza.

Specialiste ambulatoriali e medici della medicina dei servizi:

- **autocertificazione**¹ che attesti la data di inizio e di fine del periodo assistibile che può essere tutelato in base alla legge, già retribuito o indennizzato dalla Asl a qualsiasi titolo (malattia, gravidanza a rischio, maternità, altro).

Attenzione: Gli uffici devono pagare l'indennità entro 120 giorni dal ricevimento della domanda completa di tutti i documenti. In caso di ritardo la Fondazione pagherà anche gli interessi in base al tasso legale.

spazio riservato all'Enpam

protocollo

MOD.FG/MAT.

Domanda di indennità di maternità, adozione, affidamento, aborto

Nome _____ Cognome _____
Codice Enpam _____ **Codice Fiscale** _____
 Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____ residente a _____
 prov. _____ indirizzo _____ cap. _____ tel. _____
 cell. _____ domiciliato a (indicare solo se diverso dalla residenza) _____
 prov. _____ indirizzo _____ cap. _____
 Email _____ PEC _____

Consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

Dichiaro¹

di essere iscritta all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di _____ dal ___/___/___;

di non aver diritto alle indennità di maternità di cui al capo III (*Trattamento economico e normativo delle lavoratrici madri dipendenti*) al capo X (*Disposizioni speciali*) e al capo XI (*Indennità di maternità per le lavoratrici autonome*) del T.U., emanato con D.Lgs. n. 151/2001, e di non aver presentato domanda di indennità presso altri Enti previdenziali;

- che la data di inizio della **gravidanza** è ___/___/___ e la data presunta del **parto** è ___/___/___;
- che il **parto** è avvenuto il ___/___/___;
- che l'**aborto** è avvenuto il ___/___/___;
- che la **data dell'ingresso** del bambino in famiglia risale al ___/___/___;

Dichiaro¹

- di non svolgere alcun tipo di attività professionale e di non aver conseguito alcun tipo di reddito dall'esercizio dell'attività medica e/o odontoiatrica per l'anno in corso;
- di frequentare il _____ anno di specializzazione in _____;
- di aver conseguito la specializzazione il ___/___/___ (è necessario indicare anche la data di fine remunerazione da parte dell'Università ___/___/___);
- di essere titolare di borsa di studio per _____;
- di essere libero professionista e di svolgere la/le seguente/i attività _____;

1. Articolo 46, Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

- di essere titolare di rapporto di collaborazione coordinata e continuativa e di svolgere la/le seguente/i attività:
_____;
- di svolgere l'attività professionale in regime di convenzione in qualità di medico di medicina generale o di pediatra di libera scelta _____;
- di svolgere l'attività convenzionale quale addetta ai servizi di continuità assistenziale o di emergenza territoriale, senza essere passata a rapporto di dipendenza _____²;
- di svolgere l'attività professionale in qualità di titolare di rapporto in convenzione per la specialistica ambulatoriale o per la medicina dei servizi e di aver fruito di sospensione remunerata dal ____/____/____ al ____/____/____, non essendo passata a rapporto di dipendenza²;
- di essere specialista esterna titolare di accreditamento con il sistema sanitario pubblico;
- di aver aderito al regime fiscale di vantaggio per lavoratori in mobilità (D.L. n. 98/2011);
- di aver aderito al regime fiscale agevolato per le nuove iniziative imprenditoriali e di lavoro autonomo (L. n. 388/2000);
- di aver percepito e denunciato ai fini fiscali nel secondo anno precedente quello dell'evento un reddito di _____ come risulta dall'allegata documentazione;
- di non aver prodotto redditi nel secondo anno precedente quello dell'evento.

Chiedo

l'indennità di:

- MATERNITÀ
 ADOZIONE
 AFFIDAMENTO
 ABORTO

prevista dall'art.70, e segg. del *Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità*, emanato con D.Lgs. n.151 del 26 marzo 2001.

Chiedo

che la prestazione venga accreditata sul conto corrente bancario o sul conto corrente postale a me intestato (ATTENZIONE: la prestazione può essere accreditata solo sul conto corrente intestato al beneficiario; non si accettano libretti postali di risparmio anche se forniti di IBAN)

ISTITUTO BANCARIO O POSTALE _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

	Codice Nazione	CIN internaz.	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
BIC/SWIFT:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					(per pagamenti internazionali)

Allego

- una copia della dichiarazione dei redditi prodotti nel secondo anno che precede quello dell'evento, completa di ogni quadro utilizzato;
- una copia delle certificazioni che sono state rilasciate da tutti i sostituti d'imposta e che attestano le ritenute fiscali applicate. Per i redditi eventualmente dichiarati nei quadri RC e/o RL è necessario indicare la natura dell'attività svolta e, se si tratta di lavoro dipendente, l'eventuale data di cessazione del rapporto.

Per l'indennità di maternità:

- certificato medico (solo in originale)** rilasciato dal 181° giorno di gravidanza. Il certificato deve attestare la data di inizio di gestazione e la data presunta del parto.

2. La richiedente sta dichiarando di non rientrare fra le cosiddette "transitate" alla dipendenza

Per l'indennità di adozione o affidamento:

- copia autenticata del provvedimento di adozione o di affidamento da cui risulti anche la data di nascita del/la minore e il suo ingresso in famiglia;
- autocertificazione del coniuge che deve dichiarare di non avere diritto a un'indennità analoga, oppure, nel caso invece ne abbia diritto, deve indicare il periodo coperto dall'indennità pagata in suo favore.

Indennità di aborto:

- certificato medico (solo in originale)** rilasciato dalla Asl o da enti, istituti e case di cura di cui all'art. 8 della legge n. 194/1978 che hanno fornito le prestazioni sanitarie.

Specialiste ambulatoriali e medici della medicina dei servizi:

- autocertificazione** che attesti la data di inizio e di fine del periodo assistibile tutelato dalla legge, già retribuito o indennizzato dalla Asl a qualsiasi titolo (malattia, gravidanza a rischio, maternità, altro).

Dichiaro di essere informato/a, così come previsto dalla legge, che i dati personali raccolti verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento (articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali).

Nome _____ Cognome _____

luogo e data _____ firma (del dichiarante) _____

Mi impegno a comunicare per tempo all'Enpam e all'Ordine di appartenenza qualsiasi aggiornamento sui dati anagrafici. Mi impegno inoltre a comunicare esclusivamente all'Enpam eventuali variazioni delle coordinate bancarie (o postali) utilizzando anche l'area riservata del sito internet dell'Ente.

luogo e data _____ firma (del dichiarante) _____

Parte riservata all'ufficio

dichiarazione consegnata il ___/___/_____

(firma per esteso del funzionario dell'Enpam)

(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)